

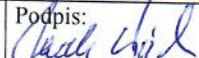
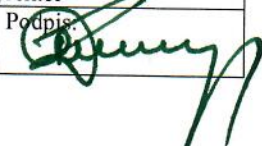


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | PRZYZCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ SP ZOZ | |
| | PROCEDURA NR PM-59 | Edycja 4 |
| Zasady postępowania w trakcie trwania pandemii COVID-19 | | Strona 1/6 |

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Opracował: Teresa Gaudynek Sp.ds.epidemiologii | | Sprawdził: Jacek Więch Z-ca Dyrektora ds. lecznictwa | | Zatwierdził: Tomasz Łaptosz Dyrektor | |
| Data: 11.09.2020 | Podpis:  | Data: 11.09.2020 | Podpis:  | Data: 11.09.20 | Podpis:  |

1. Cel

Celem procedury jest określenie zasad postępowania w trakcie trwania pandemii COVID-19 w Przychodni Lekarskiej Wojskowej Akademii Technicznej SP ZOZ (nazywanej dalej PLWAT).

2. Zakres

Procedura obejmuje następujące osoby: Lekarze POZ, AOS, Sp.ds. epidemiologii, Pielęgniarki gabinetu zabiegowego i punktu szczepień, Rejestratorki, Personel PZP, Poradni rehabilitacyjnej.

3. Terminologia

Teleporada – zapewnienie ciągłości leczenia przy równoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa epidemiologicznego, lekarz dotychczas przyjmujący w gabinecie, realizuje teleporady dzwoniąc do pacjenta o umówionej godzinie.

4. Zasady postępowania

Cały personel powinien bezwzględnie stosować się do procedury higieny rąk (instrukcja mycia rąk IZZ 11).

Środek do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu powinien być dostępny na każdym stanowisku pracy.

W przypadku osobistego zgłoszenia się Pacjenta do Przychodni postępujemy zgodnie z instrukcją IZZ/33

4.1. Rejestracja-zapisy

4.1.1 Zapisy na wizyty lekarskie odbywają się

- Osobiście- po zastosowaniu procedury IZZ 33
- Za pomocą środków łączności(telefonicznie, e-mail)

4.1.2 W przypadku gdy pacjent zgłasza telefonicznie objawy infekcji dróg oddechowych tzn. gorączkę, kaszel, trudności w oddychaniu lub styczność z osobą podejrzaną o COVID-19, rejestratorka proponuje wizytę telefoniczną u lekarza POZ.


4.1.3 Rejestratorka potwierdza tożsamość pacjenta na podstawie danych przez niego przekazanych.

4.1.4 W razie niepotwierdzenia przez pacjenta prawa do świadczenia opieki zdrowotnej pacjent może złożyć oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczenia opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, łączności, w tym przez telefon.

4.1.5 W przypadku zapisów wymagających skierowania, pacjent ma obowiązek dostarczenia skierowania w terminie 21 dni od dnia zakończenia stanu epidemii, jednakże nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania.

4.1.6 Pacjent, który nie zgłosił się na ustalony termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i został z tego powodu skreślony z listy, podlega przywróceniu na tę listę bez konieczności uprawdopodobnienia, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących, pacjent zgłasza nie później niż w terminie 14 dni od dnia odwołania stanu epidemii.

4.1.7 Po zapisaniu na teleporadę rejestratorka podaje pacjentowi dzień i przybliżoną godzinę, o której lekarz połączy się z nim w celu przeprowadzenia teleporady.


| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ SP ZOZ | |
| | PROCEDURA NR PM-59 | Edycja 4 |
| Zasady postępowania w trakcie trwania pandemii COVID-19 | | Strona 2/6 |

4.2. Teleporady w Poradni POZ i specjalistycznej

- 4.2.1 W dniu wizyty lekarz wykonuje telefon do pacjenta. W razie braku kontaktu z pacjentem, lekarz zobowiązany jest do podjęcia trzykrotnej próby kontaktu z pacjentem w odstępie nie krótszym niż 5 minut, po czym może zrezygnować z kolejnych prób przeprowadzenia teleporady.
- 4.2.2. Lekarz potwierdza tożsamość pacjenta na podstawie danych zawartych w dokumentacji medycznej lub deklaracji wyboru, a przekazanych przez niego za pośrednictwem systemów łączności (telefonu)
- 4.2.3. Po weryfikacji tożsamości pacjenta, lekarz rozpoczyna teleporadę.
- 4.2.4. Teleporadę przeprowadza się w warunkach gwarantujących poufność, w tym zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów łączności.
- 4.2.5. Na podstawie badania podmiotowego i analizie dostępnej dokumentacji medycznej lekarz udziela świadczenia zdrowotnego oraz ustala czy teleporada jest wystarczająca dla problemu zdrowotnego będącego jej przedmiotem czy też konieczna jest osobista wizyta pacjenta w przychodni. W trakcie teleporady pacjent ma prawo zgłoszenia woli osobistego kontaktu z lekarzem.
- 4.2.6. W razie konieczności osobistej obecności pacjenta w przychodni, lekarz o takiej wizycie informuje rejestrację, podając datę i godzinę wizyty.
- 4.2.7 W ramach teleporady, jeżeli przemawiają za tym względy medyczne, możliwe jest wystawienie elektronicznych dokumentów (np. recepta, skierowanie lub zwolnienie lekarskie), a także dokumentów wystawionych w formie papierowej, do odbioru w rejestracji przychodni
- 4.2.8. Jeśli zachodzi konieczność wykonania przez pacjenta badań laboratoryjnych, lekarz wystawia w systemie skierowania i informuje pacjenta, aby udał się bezpośrednio do laboratorium celem wykonania badania (skierowanie w laboratorium). Po uzyskaniu wyników badań pacjenta, lekarz w przypadku złych wyników zapisuje pacjenta na pilną wizytę (teleporadę) kontrolną i kontaktuje się z pacjentem. W innych przypadkach, w celu uzyskania informacji o wynikach badań, pacjent zapisuje się osobiście na planową teleporadę,
- 4.2.9. W przypadku podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na COVID-19, lekarz, kierując się własną oceną stopnia zagrożenia dla zdrowia publicznego poddaje pacjenta hospitalizacji, badaniom lub zleca izolację w warunkach domowych. Lekarz obowiązany jest poinformować pacjenta o przesłankach uzasadniających podjęte działania oraz dokonać odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.
- 4.2.10. Podczas wykonywania teleporady, lekarz na bieżąco uzupełnia dokumentację medyczną pacjenta. W sekcji "wywiady aktualne" należy umieścić informację o wykonaniu teleporady oraz podać kod usługi 5.01.00.0000152 (teleporada lekarza POZ)

4.3. Punkt szczepień

- 4.3.1. Zapisy na szczepienie dzieci
Zapisy dzieci na wizytę lekarską odbywają się telefonicznie.
Pielęgniarka zapisuje dzieci na wizyty na określoną godzinę, tak aby w poczekalni przebywało jedno dziecko z opiekunem.
- 4.3.2. Kwalifikacja wstępna
a) Pielęgniarka przeprowadza wstępną kwalifikację pacjenta przed wizytą oraz wywiad epidemiologiczny na etapie ustalania terminu szczepienia. Wywiad celem ustalenia czy dziecko oraz osoby z najbliższego otoczenia
- nie wykazują cech chorobowych,
 - nie znajdują się na kwarantannie,

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ SP ZOZ | |
| | PROCEDURA NR PM-59 | Edycja 4 |
| Zasady postępowania w trakcie trwania pandemii COVID-19 | | Strona 3/6 |

- nie są poddane izolacji w warunkach domowych, co jest przeciwwskazaniem do przeprowadzenia szczepienia.
- b) Pielęgniarka informuje rodzica/opiekuna o konieczności telefonicznego zgłoszenia przed wizytą jakichkolwiek zmian w zdrowiu dziecka oraz w wywiadzie epidemiologicznym.
- c) Pielęgniarka informuje rodzica/opiekuna dziecka o obowiązku posiadania maseczki oraz o ograniczeniu ilości osób do dziecka, do jednego rodzica/opiekuna w czasie wizyty.

4.3.3. Wizyta


- a) Personel medyczny przyjmuje pacjentów zabezpieczony w maseczki na usta i nos, przyłbicę, rękawiczki jednorazowe oraz odzież ochronną.
- b) Po wejściu do przychodni rodzic/opiekun dziecka zabezpieczony w maseczkę na usta i nos dezynfekuje dłonie i wypełnia Ankiętę wstępnej kwalifikacji (FM/313), którą następnie czytelnie podpisuje.
- c) Pielęgniarka dokonuje pomiaru temperatury u rodzica/opiekuna i dziecka termometrem bezdotykowym.
- d) Jeżeli nie ma przeciwwskazań, pielęgniarka zaprasza pacjenta wraz z rodzicem/opiekunem do gabinetu lekarskiego.
- e) Wizyta lekarska przebiega zgodnie z procedurą PM/24pkt. 4.6.
- f) Po zakwalifikowaniu dziecka przez lekarza szczepienie odbywa się w Punkcie szczepień zgodnie z procedurą PM/25 pkt.4.3.
- g) Po opuszczeniu gabinetu przez pacjenta należy zdezynfekować powierzchnie, z którym styka się pacjent (kozetka, stół do badania niemowląt, itp.)

4.3.4. Szczepienia dorosłych

- a) Data i godzina szczepienia jest ustalana z punktem szczepień.
- b) Pacjent na szczepienie zgłasza się ze zleceniem „od lekarza POZ do Punktu szczepień”.
- c) Zapisy do lekarza POZ na badanie lekarskie przed szczepieniem odbywają się w rejestracji dla dorosłych. Uzyskane zlecenie ważne jest 24 godziny.
- d) Jeżeli lekarz POZ przyjmuje w poradni dziecięcej, pacjent badany jest na miejscu.
- e) Po wejściu do poradni pacjent zabezpieczony w maseczką zakrywającą nos i usta dezynfekuje dłonie, ma zmierzoną temperaturę. Następnie wypełnia ankietę wstępnej kwalifikacji(FM/313) oraz formularz uczestnictwa w programie GRYPA 65+ w przypadku szczepienia bezpłatnego.
- f) W poczekalni Punktu szczepień może przebywać max.8 osób.
- g) W Punkcie szczepień przebywa tylko jeden pacjent.
- h) Każde szczepienie jest odnotowane w komputerze.

4.4. Postępowanie po opuszczeniu gabinetu przez pacjenta podejrzanego o COVID-19.

- 4.4.1 Wyłączyć z funkcjonowania pomieszczenie, w którym przebywał pacjent- następnie umyć i zdezynfekować powierzchnie, meble, sprzęt- po dezynfekcji może być ponownie używany.
- 4.4.2 Wywietrzyć pomieszczenie, w którym przebywał pacjent.
- 4.4.3 Zdezynfekować drogę dojścia pacjenta do pomieszczenia(poręcze schodów, klamki, lady itp.- czyli elementy, których mógł dotykać pacjent)
- 4.4.4 Ustalić czy personel zajmujący się pacjentem był odpowiednio zabezpieczony i czy miał bliski kontakt z pacjentem.
- 4.4.5 Personel mający bliski kontakt z pacjentem powinien zostać odsunięty od świadczenia pracy do czasu uzyskania informacji o wyniku testu pacjenta.
- 4.4.6 Zwrócić się do powiatowej stacji sanitarno epidemiologicznej o wynik testu w kierunku koronawirusa SARS CoV-2 skierowanego pacjenta (PSSE ma obowiązek udzielić tej informacji)

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ SP ZOZ | |
| | PROCEDURA NR PM-59 | Edycja 4 |
| Zasady postępowania w trakcie trwania pandemii COVID-19 | | Strona 4/6 |

4.5. Stomatologia

- 4.5.1 Personel rejestracji stomatologicznej powinien być zabezpieczony w масечkę zakrywającą nos i usta.
- 4.5.2 Pacjenci na wizytę stomatologiczną są zapisywani telefonicznie.
- 4.5.3 W trakcie rozmowy telefonicznej Pani Rejestratorka przeprowadza Ankietę wstępnej kwalifikacji. Na wizytę zapisywani są pacjenci, którzy pozytywnie przeszli ankietę.
- 4.5.4 Pacjenci są zapisywani, tak aby po wyjściu pacjenta z gabinetu był czas(30 min) na wywietrzenie, uprzątnięcie i zdezynfekowanie gabinetu stomatologicznego, przed wejściem kolejnego pacjenta.
- 4.5.5 Pacjent na wizytę przychodzi w масечке, bez osoby towarzyszącej, w przypadku dziecka jedna osoba towarzysząca- opiekun faktyczny
- 4.5.6 Po zgłoszeniu się pacjenta do rejestracji stomatologicznej, Pani Rejestratorka prosi pacjenta o zdezynfekowanie dłoni, następnie o dokument tożsamości w celu weryfikacji danych osobowych oraz o wypełnienie i podpisanie Ankiety wstępnej kwalifikacji(FM/312) i Oświadczenie (FM/315).
- 4.5.7 W przypadku, gdy pacjent nie spełnia kryteriów podejrzanego o COVID-19, proszony jest o zajęcie miejsca przed odpowiednim gabinetem, w przeciwnym przypadku postępujemy zgodnie z IZZ 33 pkt 4.1.1.i pkt 4.1.2.
- 4.5.8 Zasady postępowania w gabinecie określa instrukcja IZZ 34


4.6. Fizjoterapia/Rehabilitacja

- 4.6.1 Personel rehabilitacji powinien być zabezpieczony w масечkę zakrywającą nos i usta.
- 4.6.2 Pacjenci na zabiegi (wizyty lekarskie) zapisywani są telefonicznie. Zapisy są prowadzone, tak aby nie doprowadzić do gromadzenia się pacjentów(zgodnie z zaleceniami) .
- 4.6.3 W trakcie rozmowy telefonicznej należy przeprowadzić Ankietę wstępnej kwalifikacji. Na wizytę zapisywani są pacjenci, którzy pozytywnie przeszli ankietę.
- 4.6.4 Na zabiegi pacjent przychodzi bez osoby towarzyszącej, poza uzasadnionymi przypadkami(decyzję podejmuje fizjoterapeuta)
- 4.6.5 Pacjent ma obowiązek noszenia масечки zakrywającej nos i usta.
- 4.6.6 Po zgłoszeniu się pacjenta, pracownik fizjoterapii prosi pacjent o zdezynfekowanie dłoni, następnie o dokument tożsamości w celu weryfikacji danych osobowych o oraz wypełnienie Ankiety wstępnej kwalifikacji (FM/312) /Ankiety aktualizacyjnej (zał.8) pod nadzorem pracownika fizjoterapii oraz Oświadczenie(FM/315)
- 4.6.7 W przypadku, gdy pacjent nie spełnia kryteriów podejrzanego o COVID-19, proszony jest o zajęcie miejsca przed gabinetem z zachowaniem bezpiecznej odległości 1-2m, w przeciwnym przypadku postępujemy zgodnie z IZZ 33 pkt 4.1.1.i pkt 4.1.2.
- 4.6.8 Po zabiegach pacjenci opuszczają kabiny tak, aby nie gromadzić się przy wyjściu z gabinetu.
- 4.6.9 Zasady postępowania w gabinecie fizjoterapii określa IZZ 35.

UWAGA !!!!

KAŻDEGO PACJENTA NALEŻY TRAKTOWAĆ JAKO POTENCJALNEGO NOSICIELA WIRUSA SARS COV-2 ponieważ u 80 % ludzi zakażenie wirusem przebiega bezobjawowo.

Bliski kontakt

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ SP ZOZ | |
| | PROCEDURA NR PM-59 | Edycja 4 |
| Zasady postępowania w trakcie trwania pandemii COVID-19 | | Strona 5/6 |

- Pozostawanie w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS CoV-2, lub w odległości mniejszej niż 2 m przez ponad 15min, bez odzieży ochronnej
- Prowadzenia rozmowy twarzą w twarz z pacjentem z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS CoV-2 w odległości 2 m bez odzieży ochronnej

Drogi transmisji

- Kropelkowa - rozprzestrzenianie się wirusa na odległość ok. 1-2 m podczas rozmowy, kaszlu, kichania,
- Kontakt bezpośredni – przez ręce personelu medycznego, pacjentów, pracowników administracji
- Przez zanieczyszczone powierzchnie

Wszystkie płyny ustrojowe, wydaliny i wydzieliny pacjentów należy traktować jako potencjalnie zakaźne.

Środki zapobiegawcze

- Ręce personelu - myć i dezynfekować ręce zgodnie z planem dezynfekcji, zawsze przed i po kontakcie z pacjentem oraz jego wydzielinami, wydaliny,
- Należy zwrócić szczególną uwagę na powierzchnie dotykowe (klamki, uchwyty, poręcze) gabinetu lekarskiego, w którym przebywa pacjent zakażony lub podejrzany o zakażenie;
- Obowiązuje mycie i dezynfekcja według planu z możliwością zwiększenia częstotliwości dezynfekcji ww. powierzchni.

Uwaga: skuteczność maseczki chirurgicznej maleje wraz z czasem jej stosowania, uważa się że zapewnia ona skuteczną ochronę ok. 20 minut od chwili założenia. Maski typu respirator (wielowarstwowa) może być wskazana jeśli kontakt z pacjentem zakażonym wirusem jest dłuższy lub w trakcie wykonywania inwazyjnych procedur diagnostycznych dróg oddechowych. Maski typu N99 jest stosowana w przypadku uzasadnionego podejrzenia choroby.

Objawy zakażenia

Średni okres inkubacji COVID-19 wynosi 5 dni, ale może sięgać do 14 dni. Pierwsze objawy zakażenia są grypopodobne. Dopiero po kolejnych około 4 - 5 dniach występują pełne symptomy, takie jak:

- trudności z oddychaniem, duszność o wysoka gorączka
- ból głowy
- nasilony kaszel
- znaczne osłabienie
- brak smaku lub węchu

Zużyte środki ochrony osobistej traktujemy jako materiał zakaźny i wrzucamy do worka czerwonego.

5. Dokumenty związane


Schemat postępowania dla POZ, AOS,

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

FM/226 ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej.

FM/312 Załącznik 2 Ankieta wstępnej kwalifikacji(stomatologia, rehabilitacja)

FM/313 Załącznik 6 Ankieta wstępnej kwalifikacji(POZ, AOS, PKT.SZCZEPIEŃ)

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ SP ZOZ | |
| | PROCEDURA NR PM-59 | Edycja 4 |
| Zasady postępowania w trakcie trwania pandemii COVID-19 | | Strona 6/6 |

FM/315 Załącznik 7 Oświadczenie
FM/314 Załącznik 8 Ankieta aktualizacyjna
IZZ/11 Mycie rąk

6. Historia zmian dokumentu

| Lp. | Nr edycji | Data | Dotyczy stron | Opis i przyczyny zmiany |
|-----|-----------|------------|---------------|--------------------------------------|
| 1 | 2 | 30.04.2020 | | Zmiana procedury – uaktualnienie |
| 2 | 3 | 12.05.2020 | | Dodano pkt.4.5 pkt.4.6. |
| 3 | 4 | 11.09.2020 | | Zmiana pkt.4.2. Dodano pkt.4.3.4. |

Koronawirus SARS-CoV-2

Schemat postępowania dla POZ, AOS

Algorytm postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

W uzasadnionych przypadkach rozszerz wywiad medyczny pod kątem występowania poniższych kryteriów

**NIE ZAWSZE OBJAWY W POWIĄZANIU Z KONTAKTEM W OKRESIE ODSTANICH 14 DNI ŚWIADCZĄ O ZAKAŻENIU KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2
PODOBNE OBJAWY MANIFESTUJE GRYPA I PARAGRYPA**

| KRYTERIUM A | KRYTERIUM B | KRYTERIUM C |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Postępowanie z osobą <u>bez objawów chorobowych ale</u> , która: | Postępowanie z osobą <u>z objawami chorobowymi oraz</u> , która: | Postępowanie z osobą z objawami <u>ostrej infekcji dróg oddechowych (gorączka oraz jednym z objawów: kaszel, duszność, nadmierna potliwość, ból mięśni, zmęczenie) oraz</u> , która: |

w okresie ostatnich 14 dni:

- miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub przypadkiem prawdopodobnym)
LUB
- pracowała lub przebywała jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV
LUB
- podróżowała / przebywała w regionie, w którym utrzymuje się transmisja koronawirusa SARS-CoV-2*

* monitoring aktualnych informacji na temat regionów, w których utrzymuje się transmisja koronawirusa SARS-CoV-2 stronie gis.gov.pl wg stanu na 24.02.2020 – Chińska Republika Ludowa, Korea Południowa, Włoch (w szczególności regiony: Lombardia, Wenecja Euganejska, Piemont, Emilia Romagna, Lacjum), Iran, Japonia, Tajlandia, Wietnam, Singapur i Tajwan (ze względu na szerzenie się wirusa w populacji)

POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

ROZWAŻ ORGANIZACJĘ WIZYT DOMOWYCH – OGRANICZ RYZYKO TRANSMISJI

| KRYTERIUM A | KRYTERIUM B | KRYTERIUM C |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">Uzyskaj dane osobowe (imię, nazwisko, adres i telefon) pacjenta.Poinformuj osobę o konieczności prowadzenia u siebie samoobserwacji przez okres 14 dni od czasu kontaktu z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 w tym codziennego (rano i wieczorem) pomiaru temperatury.Poinformuj osobę o konieczności zgłoszenia się na | <ol style="list-style-type: none">Uzyskaj dane osobowe (imię, nazwisko, adres i telefon) pacjent.Pacjent z <u>objawami</u>, np. stan podgorączkowy, kaszel, złe samopoczucie, nieżyt nosa, ból gardła BEZ jakichkolwiek oznak takich jak duszność lub trudności w oddychaniu, wzmożone oddychanie nie wymaga hospitalizacji, chyba że istnieje obawa szybkiego pogorszenia stanu klinicznego.Zaleca się dalsze leczenie w | <ol style="list-style-type: none">Uzyskaj dane osobowe (imię, nazwisko, adres i telefon) pacjenta.Ustal miejsce hospitalizacji pacjenta w oddziale zakaźnym lub obserwacyjno – zakaźnym (wykaz oddziałów dostępny na stronach internetowych MZ).Zorganizuj transport sanitarny* celem przewiezienia pacjenta do oddziału zakaźnego.Zastosuj środki ochrony dla pacjenta - maseczka ochronna, zwłaszcza, jeśli pacjent kicha lub kaszle.Poinformuj Powiatowego Inspektora |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <p>konsultację lekarską bezpośrednio do oddziału zakaźnego (unikając transportu publicznego i skupisk ludzi), <u>w przypadku wystąpienia objawów</u> takich jak gorączka 38°C i powyżej, kaszel, duszność lub trudności w oddychaniu, wzmożone oddychanie.</p> <p>4. Poinformuj Powiatowego Inspektora Sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia o przypadku.</p> | <p>warunkach domowych oraz unikanie kontaktu z innymi osobami, chyba że istnieje obawa szybkiego pogorszenia stanu klinicznego.</p> <p>4. Poinformuj pacjenta o konieczności częstego mycia rąk, higienie kaszlu</p> <p>5. Poinformuj taką osobę o konieczności prowadzenia u siebie samoobserwacji.</p> <p>6. Poinformuj, że w przypadku pogorszenia stanu zdrowia t.j. duszność lub trudności w oddychaniu, wzmożone oddychanie konieczna jest konsultacja lekarska bezpośrednio w oddziale zakaźnym (unikając transportu publicznego i skupisk ludzi) lub w przypadku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego poinformuj o możliwości wezwania ZRM (112; 999).</p> <p>7. Poinformuj Powiatowego Inspektora Sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia o przypadku.</p> | <p>Sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia o przypadku.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

W przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 w trakcie udzielania medycznych czynności należy wyposażyć personel POZ, AOS i NiŚOZ w odpowiednie środki ochrony osobistej. W przypadku kontaktu z pacjentem bez wykonywania czynności zabiegowych, inwazyjnych, toalety pacjenta (dalszy niż 1-1,5 m) – maseczka, rękawiczki i fartuch ochronny jednorazowy. W przypadku bliskiego kontaktu z pacjentem dodatkowo okulary typu gogle, albo przyłbice chroniące oczy.

* Transport sanitarny wymaga zastosowania dostępnych środków ochrony osobistej zabezpieczających przed bezpośrednim kontaktem z wydzielinami i wydaliniami chorego:

- obowiązują ubrania jednorazowe z długim rękawem, rękawiczki jednorazowe, okulary typu gogle, albo przyłbice chroniące oczy, higiena rąk zwłaszcza w kontakcie z wydzielinami i wydaliniami pacjenta;
- maseczka twarzowa - powinna mieć filtr FFP2 albo FFP3, N 95 i dobrze przylegać do twarzy; w przypadku braku powinna być przynajmniej maseczka chirurgiczna. Nie dopuszcza się maseczek papierowych ani flizelinowych.

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| | Nr tel: |
| Powiatowy Inspektor Sanitarny | 22 310 79 00 |
| Wojewódzki Inspektor Sanitarny | 22 620 90 01 |

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie (PSSE) w celu ułatwienia Państwu kontaktu i dostępu do informacji w zakresie zakażeń koronawirusem udostępnił w ramach infolinii numery telefonów:

223-118-002; 223 118 019; 223 118 020; 223 118 026; 223-118-025;
czynne od poniedziałku do piątku (w dni robocze) w godz. 8.00-21.00
223-107-936; 223-107-904;

czynne od poniedziałku do piątku (w dni robocze) w godz. 8.00-15.30 oraz adres e-mail: koronawirus@pssewawa.pl (ztylko na potrzeby zgłoszeń osób do kwarantanny, nadzoru epidemiologicznego)

W razie potrzeby uzyskania pilnych informacji poza ww. godzinami udostępniony zostaje nr telefonu 606-108-040, pod którym dostępnych jest pięciu konsultantów.

Telefon kryzysowy: 727 408 148

Jednocześnie proszę o bieżące śledzenie informacji zamieszczanych na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia oraz Głównego Inspektora Sanitarnego.

Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie,
ul. Wolska 37, tel: 22 33 55 261; 22 33 55 265. Izba przyjęć

Wojskowy Instytut Medyczny Centralnego Szpitala Klinicznego MON,
ul Szaserów 128, tel: 665 707 774; zakaźny

Centralny Szpital Kliniczny MSWiA,
ul Wołoska 137, tel: 22 508 20 00 centrala

22 508 15 10 zakaźny

Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił specjalną infolinię w zakresie informacji dla ludności o postępowaniu w sytuacji podejrzenia zakażenia koronawirusem dostępną pod numerem: 800-190-590 - czynna całą dobę

Do wykorzystania: lekarze, pielęgniarki gabinet zabiegowy PLWAT

Dn. 23.03.2020

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko pacjenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr telefonu do kontaktu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2? Jeśli tak to kiedy(data lub przedział czasowy).

- ☐ Tak
☐ Nie
-

2. Czy w ostatnich 14 dniach przebywał(a) Pan(i)/lub któryś z domowników za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?

- ☐ Tak
☐ Nie

3. Czy Pan(i) lub ktoś z domowników jest objęty obecnie nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

- ☐ Tak
☐ Nie

4. Czy obecnie występują lub występowały w ostatnich 14 dniach u Pan(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

- ☐ Tak
☐ Nie

data i czytelny podpis

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Załącznik nr 6

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko pacjenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr telefonu do kontaktu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) lub dziecko kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2? Jeśli tak to kiedy(data lub przedział czasowy).

- ☐ Tak
- ☐ Nie

2. Czy występują u Pana(i), dziecka lub osób z najbliższego otoczenia objawy

- ☐ gorączka,
- ☐ kaszel,
- ☐ uczucie duszności – trudności w oddychaniu
- ☐ żadne z powyższych?

Ciepłota ciała°C

.....
data i czytelny podpis

Warszawa, dn..... 2020 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany oświadczam, że zostałem poinformowany przez personel Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ o potencjalnym ryzyku transmisji koronawirusa SARS-CoV-2, wywołującego chorobę COVID-19 w związku z osobistą wizytą w siedzibie Przychodni oraz o fakcie, iż ryzyko powyższe nie wynika z zaniedbań i jest niezależne od przestrzeganych standardów i wdrożonych rygorów bezpieczeństwa.

Mając na uwadze powyższe, wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na udzielenie mi świadczeń medycznych w siedzibie Przychodni.

.....
Data/Podpis

W przypadku niemożności złożenia podpisu przez Pacjenta, osoba przekazująca informację o potencjalnym ryzyku oraz przyjmująca oświadczenie Pacjenta o przyjęciu powyższej informacji – odnotowuje samodzielnie ten fakt poniżej.

.....
Data/Podpis

ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Załącznik nr 8

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko pacjenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr telefonu do kontaktu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2? Jeśli tak to kiedy(data lub przedział czasowy).
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie
2. Czy Pan(i) lub ktoś z domowników jest objęty obecnie nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie
3. Czy obecnie występują lub występowały w ostatnich 14 dniach u Pan(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie

| Lp. | Data | Czytelny podpis |
|-----|------|-----------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |